



Patientenfragebogen zur psychotherapeutischen Sprechstunde für Jugendliche und junge Erwachsene

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus.

Name des Patienten/ der Patientin

geb. am

Schulabschluss (Jahr)/ Beruf / aktuelle Tätigkeit

Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden

Bitte schildern Sie kurz Ihre aktuellen Beschwerden, die Sie zur Aufnahme einer Psychotherapie bewegen

Haben oder hatten Sie Suizidgedanken? Nein Ja Wann zuletzt? _____

Haben Sie jemals einen Suizidversuch begangen? Nein Ja Wann/Wie? _____

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten? Nein Ja Wann zuletzt? _____

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz: _____

Wie regelmäßig kommt es vor? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Drogen? Nein Ja

Wenn ja:

Alkohol: Was trinken Sie und wie viel durchschnittlich? _____

Drogen: Was konsumieren Sie und wie viel durchschnittlich? _____

Hatten Sie bereits Konflikte mit dem Gesetz? Nein Ja Welcher Art? _____

Waren Sie bereits oder sind Sie derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung? Nein Ja

Wenn ja:

Verhaltenstherapie

Psychoanalytische PT

Tiefenpsychologisch fundierte PT

Therapieverfahren ist mir nicht bekannt

von _____ bis _____ Name der Praxis/ TherapeutIn: _____

Waren Sie bereits in stationärer psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung? Nein Ja

von _____ bis _____ Name der Klinik: _____

Gab es im Leben besondere/belastende Lebensereignisse?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Umzug / Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> Tod eines Angehörigen / Jahr: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mobbing Erfahrung / Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern / Jahr: _____ |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung eines Elternteils
Mutter/Vater? Art der Erkrankung? _____ | <input type="checkbox"/> Familiäre Konflikte |

Sonstige Ereignisse: _____

Gehen Sie Hobbies und Interessen nach? Wenn ja, welchen und in welcher Regelmäßigkeit?

So läuft es zu Hause: Beschreiben Sie kurz Ihre Beziehung zu Ihren Eltern (Mutter/Vater)

Angaben zur Familie:

Alter des Vaters: _____ Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Alter der Mutter: _____ Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Geschwister:

m w, Alter: _____ Schulbildung: _____ Tätigkeit: _____

m w, Alter: _____ Schulbildung: _____ Tätigkeit: _____

m w, Alter: _____ Schulbildung: _____ Tätigkeit: _____

Wie stark fühlen Sie sich in einen Freundeskreis eingebunden/integriert?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gar nicht | <input type="checkbox"/> Teils- teils | <input type="checkbox"/> Sehr gut integriert |
| <input type="checkbox"/> Wenig integriert | <input type="checkbox"/> Gut integriert | |

In welchen Bereichen benötigen Sie Ihrer Meinung nach Unterstützung?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beziehung zu Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> Wohnsituation |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme |
| <input type="checkbox"/> Beziehung zu Eltern | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung / Soziale Integration |
| <input type="checkbox"/> Schule/ Ausbildung / Beruf / Studium | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Bitte beachten Sie: Ein Termin zur Sprechstunde ist vor Aufnahme einer Psychotherapie gesetzlich vorgeschrieben (GKV) und dient der Abklärung des Therapiebedarfs. Der Termin zur Sprechstunde ist keine Zusage für einen Therapieplatz.

Ort/ Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten